限度額適用・標準負担額減額認定申請書

組合員証記号番号		企業ｺｰﾄﾞ （　　）		所属所名	
組合員	ﾌﾘｶﾞﾅ				
	氏　名				
	生年月日	年　月　日			
減額対象者	ﾌﾘｶﾞﾅ			組合員との続柄	
	氏　名				
	生年月日	年　月　日			
	住　所				
長期入院		該当・非該当	※申請前１年間の入院期間が９０日を超える場合は該当に○を付し、下欄に記入してください。		

①	申請日の前１年間の入院期間（日数）	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで	日間
	入院をした保険医療機関等	名　称	
		所在地	
②	申請日の前１年間の入院期間（日数）	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで	日間
	入院をした保険医療機関等	名　称	
		所在地	
③	申請日の前１年間の入院期間（日数）	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで	日間
	入院をした保険医療機関等	名　称	
		所在地	
④	申請日の前１年間の入院期間（日数）	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで	日間
	入院をした保険医療機関等	名　称	
		所在地	
⑤	申請日の前１年間の入院期間（日数）	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで	日間
	入院をした保険医療機関等	名　称	
		所在地	

別紙証明書のとおり、減額認定の条件に該当しますので、上記のとおり申請します。

青森県市町村職員共済組合理事長　様

令和　　年　　月　　日

申請者　住　所

氏　名

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

令和　　年　　月　　日

所属所長　職　名

氏　名

(注)1　この申請書は、減額対象者１人ごとに１枚提出してください。
2　同意書または非課税証明書を添付してください。
3　長期入院に該当する場合は、入院期間を証明する書類(領収書など)も添付してください。